Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 27 listopada 1886. № 48. Rok XXV.

I. Monoplegia anaesthetica. Wyleczenie.

Podał Prof. Dr. Adamkiewicz.

Dnia 3 kwietnia 1886 r. przyprowadziła mi pani M. B. z Częstochowy swą 19-letnią córkę Kazimirę, podając, że cierpi na porażenie czucia w prawém ramieniu.

Wywiady wykazały, że pacyjentka pochodzi z rodziny zupełnie zdrowéj, nieobciążonéj żadną chorobą nerwową. Matka, bracia i dwie siostry cieszą się zupełném zdrowiem. Niedawno zmarły ojciec miał cierpieć na gościec stawowy. Sama pacyjentka była dotychczas zupełnie zdrową.

We wrześniu 1885 r. nagle i bez wiadoméj przyczyny wystąpiły w ręce prawéj bóle i równocześnie obrzmienie najwyraźniejsze na stronie grzbietowéj ręki i palców, przyczém szczególnie w nocy stawała się ręka gorącą i okrywała się na dłoni potem. Bóle były szczególnie w nocy silne, tak że nie pozwalały choréj zasnąć i, jak matka zapewnia, miała pacyjentka trzy tygodnie bezsennie przepędzić, co znacznie podkopało jéj siły.

W czwartym tygodniu jéj choroby bóle zmniejszyły się a stan choréj polepszył się, jakkolwiek dużo jeszcze pozostawiał do życzenia, a bóle przy każdéj zmianie powietrza na nowo się pojawiały.

Pewnego dnia w październiku, gdy bóle były już znacznie mniejsze, spostrzegła chora na grzbiecie ręki prawéj w pobliżu stawu dosyć znaczny pęcherz, który późniéj zamienił się we wrzód, uderzająco małą skłonność do gojenia okazujący. To samo powtórzyło się jeszcze na palcach. Powoli zagadkowe te objawy wyjaśniły się. Pacyjentka władając całkiem swobodnie ręką zajmowała się pilnie w kuchni. Nareszcie spostrzegła, że zajęta przy ogniu lub prasując żelazkiem poparzyła się nie mając o tém żadnéj wiadomości. I teraz dopiero ku wielkiemu przerażeniu zauważono, że chora w całéj prawéj ręce nie posiadała czucia. Zasięgnięto więc pomocy lekarskiéj, lecz nadaremnie.

Stan obecny. Chora wzrostu dobrego, o zdrowéj cerze, inteligentnym wyrazie, spokojnie się zachowuje. Odpowiada na pytania jasno i opowiada swą chorobę krótko w zwięzłéj formie i bez przesady. Psychicznie znajduje się w równowadze. Smutek, który często okazuje, jest wyrazem obawy, iż cierpienie tak dawno bezskutecznie leczone, będzie może nieuleczném, i jako taki może być uważany jako zupełnie uzasadniony objaw normalnego życia umysłowego. Z wyjątkiem cierpienia ręki prawéj fizycznie jest zupełnie zdrową. W narządach wewnętrznych nie można było znaleźć nic nieprawidłowego. Ucisk na okolice jajników i wyrostków kolczystych kręgów był niebolesny. Czynności zmysłów nienaruszone, w szczególności nie można było wykazać ani amblyopii ani nadwerężenia zdolności rozeznawania barw, jak również żadnych zaburzeń czucia tak w skórze jak i w błonach śluzowych. Jeżeli jeszcze dodam, że odruchy ścięgniste były zupełnie prawidłowe, a mięśnie prawidłowo funkcyjonowały i na prąd elektryczny oddziaływały, to z koniecznością należy przypuścić, że choroba naszéj pacyjentki była tylko miejscową i że siedzibą jéj było prawe ramie.

Obmacywanie choréj odnogi nie wykazało nic nieprawidłowego, pnie nerwowe przy ucisku były niebolesne, a nawet znosiła chora łatwiéj ucisk po stronie choréj aniżeli zdrowéj. Najstaranniejsze obmacywanie splotu barkowego ponad i popod obojczykiem nic nie wykazało. Podobnież i skrzętne badanie kręgów szyjnych, nerwów karkowych, nerwu współczulnego i jego zwojów szyjnych, o ile naturalnie one dla palca były przystępnemi, pozostało bez skutku. Tętno na ręce choréj było równie silne i pełne jak na zdrowéj. Stawy i ruchy w nich były niebolesne. W mięśniach nie można było dostrzedz żadnych zmian w odżywieniu ani téż w innerwacyi. Skóra na ręce choréj szczególnie na grzbiecie ręki i palców była wybitnie sina, chłodna i przedstawiała się lekko nabrzmiałą, w skutek czego palce były mniéj kształtne i delikatne aniżeli u ręki zdrowéj. Na grzbiecie

drugiéj falangi trzeciego palca znajdował się strup, który według podania pacyjentki od wielu tygodni miał się utrzymywać. Powyżéj stawu nadgarstkowego widoczną jeszcze była sina plama, która podobnie jak strup była pozostałością po dawniejszém oparzeniu. Najważniejsze jednak zboczenie, jakie chore ramie przedstawiało, tkwiło w sferze czucia skóry. Można się było skóry dotykać, uciskać ją, kłuć lub parzyć, cały jéj fałd szpilką przebić i pincetą szczypać, chora była na to zupełnie obojętną. Najsilniejszego prądu elektrycznego chora nie czuła, jedynie czuła go nieco w pasze i na palcach. Dokładniejsze badanie wykazało, że ten opisany wysoki stopień znieczulenia zajmował tak stronę zginaczy jak i mięśni wyprostnych ramienia i ręki. W kierunku barku dosięgało ono poza *spina scapulae* prawie aż do kręgosłupa, na piersiach zaś aż do obojczyka i *acromion*. Od tyłu kończyło się prawie w środku wolnego brzegu mięśnia kapturowego, od przodu zaś w kącie, gdzie się mięsień piersiowy do kości ramieniowéj i wklęsłéj części obojczyka przyczepia. Obszar ten odpowiada rozgałęzieniu nerwów czucia całego splotu barkowego. Na barku: *Nn. supraclaviculares*, na ramieniu: *n. axillaris*, *n. cutaneus medialis*, *n. perforans Gasseri*, *n. cutaneus medius*, *n. cutaneus palmaris (mediani)*, *n. palmaris ulnaris*, *n. cutaneus posterior superior (radialis)*, *n. cutaneus posterior inferior (radialis)*, na ręce: *n. medianus*, *n. ulnaris*, *n. radialis*. W obszarze znieczulenia były wszystkie rodzaje czucia w równym stopniu zniesione. W pasze i na końcach palców czuła chora ból wywołany silnym prądem elektrycznym, lecz w niskim tylko stopniu, a uczucie dotyku i temperatury było i tutaj zupełnie zniesione. Nawet mięśniom właściwe czucie, o położeniu i rodzaju działania odnogi dające pojęcie *(Muskelgefühl)*, było zniesione zupełnie. Zamknąwszy oczy chora pozbawioną była w zupełności możności używania choréj ręki, można jéj było nadać nawet bardzo skomplikowane i niewygodne położenie, a nic z tego nie doszło do świadomości choréj.

W przeciwieństwie do zupełnego bezwładu przy zamkniętych oczach, musiała uderzyć ta swoboda, z jaką posługiwała się chora ręką przy otwartych oczach. Pod kontrolą ócz mogła chora wykonywać nietylko ruchy niedelikatne i przytém rozwijać dostateczną siłę, ale i do takich ruchów skomplikowanych pokazała się teraz zdolną, które wymagają wyuczonéj i ściślejszéj techniki. Potrafiła szyć, haftować, pisać, i w ogóle od żadnych nie usuwała się zajęć, do których za czasów zdrowia była przyzwyczajoną.

Rozpoznanie. Anestezyja powstać może z dwóch głównych przyczyn. Albo 1) przestają działać obwodowe zakończenia nerwów czuciowych w skórze, przyjmujące czucie, lub nie funkcyjonują aparaty odczuwające drażnienie (ośrodki sensoryczne kory mózgowéj), albo 2) przyczyna nieczułości leży w drogach nerwowych łączących owe zakończenia z ośrodkami. W ostatnim przypadku może być przerwa w nerwach obwodowych lub w drogach rdzenia albo mózgu. W naszym przypadku pierwszą z tych dwóch przyczyn wykluczyć można było w zupełności.

Zakończenia nerwów czuciowych w omawianym przypadku nie mogły być siedzibą choroby, gdyż w razie, gdy dla długotrwałéj anastezyi, a taka miała miejsce w naszym przypadku, przyczyna leży w organach czuciowych obwodowych, organa te bywają całkiem razem z skórą zniszczone. O takiém zniszczeniu u naszéj choréj nie może być mowy. Jeżeli zaś organa te bez zniszczenia pozbawione są zdolności przyjmowania czucia, to znieczulenie takie zawsze, jak jego przyczyny (narkotyka, zimno, zaburzenia w krążeniu), bywają krótkotrwałe i przemijające. A u naszéj choréj anestezyja była długo trwającą.

Prędzéj można było myśleć o odrętwieniu ośrodków czuciowych w korze mózgowéj, t. j. o znieczuleniu t. zw. „histeryczném". Za tém przypuszczeniem przemawiała ta okoliczność, że anestezyja nie ograniczała się do pewnego ściślejszego zakresu jednego lub drugiego nerwu, lecz rozciągała się na znaczniejszy obszar skóry, tracąc na pozór ściślejszy związek z anatomicznym przebiegiem nerwów. Okoliczność ta, że na końcach palców i pod pachą skóra zachowała nieco czucia i miejsca te jak wyspy wśród anestetycznego obszaru pozostały, musiała owo wrażenie nieścisłości z przebiegiem nerwów jeszcze powiększyć.

W zachowaniu się jednak choréj nie przemawiało zresztą nic za histeryją, i jak powyżéj wspomniano, ani zachowanie psychiczne, ani fizyczne nie dostarczyło podstawy uprawniającéj do przypuszczenia histeryi. Ekscentryczności w zachowaniu się, kurczów, bezczułości połowiczéj, amblyopii, bolesności jajników ani żadnych innych histerycznych objawów nie można było wykazać. A z drugiéj strony objawiła ta anestezyja własności wskazujące na organiczną podstawę cierpienia. Obrzęk, sinica, zwiększone wydzielanie potu, zaburzenia troficzne objawiające się zmniejszoną skłonnością skóry do regeneracyi, musiały przecież w każdym razie pochodzić z jakiéj materyjalnéj przyczyny.

Z drugiéj strony brakowało pewnych cech, po których poznaje się przyrodę funkcyjonalną anestezyi, przedewszystkiém swoistego zachowania się jéj przy zastosowaniu gorczycznika. Jak w dawniejszych pracach (Czynności obustronne i sinapiskopija. Przegląd Lek., 1880) wykazałem, można znane skutki lecznicze t. zw. metaloskopii daleko dokładniéj i pewniéj osiągnąć za pomocą gorczycy aniżeli za pomocą kruszców. Nazwałem działanie to „sinapiskopiją". Zwykły przebieg po zastosowaniu gorczycznika jest taki, że po $^1/_2$ do 1 godziny miejsce zastosowania wśród obszaru anestetycznego staje się czułém, co po upływie pewnego czasu znowu znika.

W przypadkach znieczulenia połowiczego histerycznego powstaje w połowie zdrowéj w miejscu odpowiadającém działaniu gorczycznika znieczulenie t. zw. „transfert". Następnie rozszerza się od obydwóch oznaczonych miejsc, z jednéj strony czucie, z drugiéj zaś znieczulenie tak, że wreszcie obie strony zamieniają swą rolę.

W naszym przypadku gorczycznik nie wywołał żadnego skutku. (Dok. n.)

II. Z kliniki chorób dzieci prof. Jakubowskiego.

Cieśń krtani w następstwie kiły.

Podał
Dr. Smolarski,
asystent kliniki.

Literatura zmian chorobowych krtani w przebiegu kiły dziedzicznéj lub nabytéj w wieku dziecięcym jest nader skąpą. Od czasu ogłoszenia cennéj pracy Gerhardta (Virchowa Archiw XXI, 1861), który mając drogę utorowaną przez Czermaka opracował klinicznie zmiany kiłowe krtani, znajdujemy wprawdzie w piśmiennictwie dość liczną kazuistykę tego działu umiejscowienia się kiły, przypadków atoli odno-

szących się do zmian kiłowych krtani w wieku dziecięcym ogłoszono zaledwie dwanaście. Zapewne i techniczne trudności przy wziernikowaniu gardła dzieci sprawiają, iż znacznéj ilości przypadków tego cierpienia nie rozpoznaje się należycie. A jednak nie są one zbyt rzadkiemi i koledzy praktykujący na prowincyi w miejscowościach, gdzie przeważa ludność żydowska, mogliby w tym kierunku dostarczyć dosyć cennego materyjału. Że chorobę tę napotykamy przeważnie między ludnością żydowską, pochodzi niezawodnie ztąd, iż kiła dziedziczna należy u niéj do dość częstych, choć niepożądanych, spadków, a przez oddawanie dzieci do karmienia mamkom, ze względów czyto materyjalnych czy zdrowotnych, bywa i kiła nabyta częstym u żydowskich dzieci gościem; bo téż policyja sanitarna kontrolująca stan zdrowia matek, szukających zarobku w karmieniu dzieci obcych, należy u nas nawet w wielkich miastach do dziedziny pobożnych życzeń.

W marcu b. r. poddano leczeniu w klinice chorób dzieci równocześnie niemal dwa przypadki cieśni krtani, wynikłéj z kiły dziedzicznéj.

1. H. K., córka kupca izraelity z Trzciany, lat 5. W pierwszych latach życia przebyła chora krzywicę, która pozostawiła w następstwie znaczne zniekształtnienie klatki piersiowéj. Obecne cierpienie trwa od ośmiu miesięcy a rozpoczęło się od lekkiéj chrypki bez żadnéj, jak twierdzą rodzice, przyczyny. Chrypka ta wzmagała się z małemi wahaniami zwolna ale nieustannie; głos stawał się coraz cichszym i mniéj wyraźnym a duszność wdechowa wzrastała w ostatnim miesiącu bardzo dla choréj dotkliwie. W ostatnich dniach przywieziono chorą za poradą lekarza domowego do Krakowa, w celu wykonania wskazanéj przez cieśń w krtani tracheotomii.

W dniu przyjęcia przedstawia chora, znacznie niedokrewna i o kośćcu krzywiczo zwyrodniałym, wielką duszność nadmierną pracą mięśni pomocniczych oddechowych, zaciąganiem się dołków nadobojczykowych zwłaszcza prawego z powodu zboczenia mostka ku stronie lewéj, tudzież nadmostkowego i sercowego; boki klatki piersiowéj zapadają się przy każdym wdechu, równocześnie rozdymają się skrzydła nosa a krtań flotuje z góry ku dołowi. Na błonach śluzowych lekka sinica. W jamie gardła drobne powierzchowne utraty na migdałkach, zresztą stosunki prawidłowe. W płatach dolnych płuc szmery oddechowe nieoznaczone, prawie niesłyszalne. Narząd krążenia normalny. Gruczoły karkowe, podszczękowe i pachwinowe znacznie powiększone, macalne, twardości chrząstkowatéj. Przewłoczny obrzęk wątroby i śledziony: pierwsza sięga na 2cm., druga na dwa palce poniżéj łuku żebrowego, brzegi obu gruczołów miernéj twardości, gładkie. C. 37·3°. Liczba oddechów 32. Badanie wziernikowe (doc. Dr. P i e n i ą ż e k) wykazało: Przekrwienie i obrzmienie błony śluzowéj przedsionka i więzadeł. Na tylnéj ścianie tuż nad więzadłami guzek wielkości grochu szaro-różowawy, ostroograniczony. Ruchy więzadeł wdechowe utrudnione (*Condyloma elevatum laryngis subsqu. stenosi*).

Z wywiadów stwierdzono, iż ojciec choréj przebył przed ożenieniem się kiłę nabytą, że chora w połowie pierwszego roku życia cierpiała na kłykciny sączące około rzyci, osutkę plamistą skóry i obrzęk gruczołów wielkich wśródbrzusznych, z któregoto powodu poddano ją leczeniu przeciwkiłowemu.

Opierając się na rozpoznaniu kiłowego tła obecnego cierpienia choréj wstrzymano się na razie od tracheotomii, mimo że duszność wdechowa osiągnęła wysoki stopień. Chora o całkowitym bezgłosie nie jest w stanie usnąć, mimo bezsennego niemal przepędzenia sześciu ostatnich nocy, rzuca się niespokojnie na łóżku i oddecha z głośnym szmerem. Sinica błon śluzowych nie wzmaga się jednak, skóra pozostaje prawidłowo zabarwiona. L. o. 36.

Zastosowano natychmiast wcierania z szaruchy (po 2·0 *pro dosi*), nadto zapylanie wewnętrzne krtani kalomelem (0·5 *pro dosi*). W celu zapobieżenia ślinienia podano płukanie z chloranu potasu. Pierwsze wcierania zastosowano na szyję, następne zwykłym torem na pojedyncze części ciała. Kalomel wdmuchiwano do krtani za pomocą zwykłego balonikowego zapylacza. Po wyciągnięciu i przytrzymaniu ręcznikiem języka wprowadzano ostrożnie zakrzywioną rurkę z dawką kalomelu poza rąbek nagłośni i silném pociśnięciem balonika wdmuchiwano kalomel do krtani, w ten sposób stosowany lek dostaje się bezpośrednio w okolicę chorobowo zmienioną, a zakrztuszenie się choréj służy za dowód dostania się obcego ciała aż do krtani. Na trzeci już dzień po rozpoczęciu leczenia daje się spostrzedz znakomita poprawa. Zaciąganie się wdechowe dołków szyjnych i sercowego trwa wprawdzie z małą zmianą, ale liczba oddechów spada na 28 i chora, która dotychczas spędzała noce bezsenne, śpi obecnie z wieczora spokojnie po kilka godzin z rzędu. Dawkę wcierania zmniejszono do 1·0. Kalomel zasypuje się jak dotychczas. Mimo znacznéj ilości rtęci wprowadzonéj do organizmu choréj nie ma śladów ślinienia; stolce dopiero w siódmym dniu leczenia są częstsze (3—4 na dobę) i nieco zielonawe. Przy têm energiczném leczeniu przeciwkiłowêm objawy duszności zmniejszają się jednostajnie, po 10êm wcieraniu widzimy bardzo małe zapadanie się wdechowe dołków szyjnych i klatki, po 12êm zaczyna wracać głos zrazu szepcący i szorstki, ale zwolna silniejszy i jawniejszy, tak że chora po 18êm wcieraniu mówi już dość głośno i dźwięcznie, duszność wdechowa ustąpiła również bez śladu. Wstrzymano zatém wcierania i ograniczono się do zapylania kalomelem. Po dalszych 8 dniach opuszcza chora klinikę jako uleczona.

Badanie wziernikowe choréj w dniu opuszczenia kliniki wykazało zupełne wessanie kłykciny wyniosłéj; ściana tylna krtani obecnie całkiem prawie gładka, również i obrzęk błony śluzowéj ustąpił. Lekkie tylko przekrwienie na więzadłach i tylnéj ścianie pozostało jako ślad przebytego cierpienia.

Równocześnie niemal, bo w 8 dni po przyjęciu do kliniki powyż opisanego przypadku, gdy wieść o szczęśliwym przebiegu leczenia z ominięciem operacyi doszła do okolicy, z któréj chora pochodzi, nadesłano ztamtąd rówieśnicę jéj z identycznemi niemal objawami.

2. J. K., izraelitka, lat 7, z Baranowa, choruje już od roku. Choroba jéj rozpoczęła się od chrypki, która z przerwami powracała a od 7 miesięcy wzrastała powoli ale nieustannie, idąc w parze z powolną utratą głosu. Od miesiąca bezgłos zupełny i duszność wdechowa wysokiego stopnia, z pojawami cieśni krtani powyż opisanemi.

Dziecko niedokrewne i bardzo źle odżywione, ogólny obrzęk gruczołów twardości chrząstkowatéj. W jamie gardła na obu migdałach i u nasady języka kłykciny sączące wielkości grosza. Obraz wziernikowy: Niedokrewność błony śluzowéj krtani; na tylnéj ścianie krtani kłykcina wyniosła, zajmująca dolnym swym odcinkiem okolicę przyczepienia więzadeł, w skutek tego znaczne upośledzenie ruchów tylnéj połowy więzadeł głosowych. Okoliczność ta pogarsza rokowanie, bo i w razie uniknięcia tracheotomii należy się obawiać w czasie gojenia się owéj kłykciny zrostu strun gło-

sowych w tylnéj ich części, a więc stałego zwężenia szpary oddechowéj. Zresztą narząd krążenia i trawienia prawidłowy.

Z wywiadów stwierdzono, że chora okazywała jako osesek objawy kiły dziedzicznéj, równie jak i drugie z jéj rodzeństwa, leczone obecnie na kiłę dziedziczną przez lekarza miejscowego.

Leczenie przeciwkiłowe w postaci wcierań przeprowadzono jak w poprzednim przypadku, z tą odmianą, że z powodu równoczesnych kłykcin sączących w gębie zamiast zapylania krtani kalomelem stósowano wziewania sublimatowe (począwszy od 0·01 do 0·03 *ad* $^0/_{00}$ czterykroć dziennie za pomocą przyrządu Siegla). Wynik leczenia był równie świetny jak w poprzednim przypadku. Już po 3ch dniach zaciąganie się wdechowe dołków szyjnych nadobojczykowych i praca mięśni pomocniczych zmniejszyła się znacznie. Po tygodniu kłykciny sączące w gębie oczyściły się i poczęły pokrywać zdrowym przybłonkiem. Po 13 dniach struny głosowe przedstawiały prawidłowe rozmiary, przepuszczając dostateczny słup powietrza do płuc. Głos słaby jeszsze i szorstki, ale wyraźnie słyszalny. Po wygojeniu się kłykcin w gębie w 12 dniu po rozpoczęciu leczenia zastąpiono wziewanie sublimatu zapylaniem krtani kalomelem. Wcierań zastosowano ogółem 18: sześć dwugramowych a dwanaście jednogramowych. Kalomel zasypywano przez dni dwadzieścia dwa, poczém chora powróciła do domu jako zupełnie uleczona.

Obraz duszności wdechowéj był w obu przypadkach tak groźny, że tracheotomiję uważano za nieunikniony w następstwie zabieg leczniczy, brak tylko wybitnéj, wzmagającéj się sinicy i rozpoznanie kiłowego tła choroby usprawiedliwiały odłożenie operacyi, w nadziei pomyślnego wyniku z energicznego leczenia przeciwkiłowego.

Obraz wziernikowy identyczny niemal w obu przypadkach (różnicę stanowił tylko wyższy stopień rozwoju kłykciny wyniosłéj w drugim przypadku) odpowiada mniéj lub więcéj opisom objawów kiły krtani u dzieci, pomieszczonym w literaturze. Najbardziéj zbliżonym co do umiejscowienia kłykcin jest może przypadek Gerhardta (*Deutsches Archiv f. klin. Medicin*, II, 867), gdzie wrzodowato rozpadająca się kłykcina znajdowała się na fałdzie nalewkowo-nagłośniowym.

Występowanie kłykcin krtani jako objawu kiły dziedzicznéj, było do najnowszych czasów przedmiotem sporów i poważni autorowie jak Waldenburg, Isambert, Sommerbrodt zaprzeczali d. r. 1877 ich istnieniu; dziś w obec szczupłego nawet materyjału kazuistycznego, do którego dołączamy dwa powyż opisane przypadki, pojawienie się kłykcin jest faktem stwierdzonym. Przyznać należy, że nagabują one rzadziéj chorych dziedzicznie obciążonych kiłą, niż przewłoczny nieżyt krtani i tchawicy będący najlżejszą postacią kiłowego zajęcia krtani lub kilaki krtani, wywołujące przez rozpad swój głębokie owrzodzenia, obumarcia chrząstek krtani z pozostawieniem blizn ściągających a w ich następstwie stałe zwężenie szpary oddechowéj, bezgłos itd.

Rozpoznanie kiłowego tła cieśni krtani u dzieci napotyka w pewnych razach znaczne trudności, nie brak atoli ważnych rozpoznawczych wskazówek. Na pierwszém miejscu należy wymienić przebieg przewłoczny sprawy chorobowéj. Gdzie cieśń krtani powstaje po kilkomiesięcznem trwaniu objawów chorobowego procesu więzadeł głosowych, objawiającego się zachrypnięciem głosu, stopniującém się aż do zupełnéj afonii, stale choć bardzo powoli wzmagającą się dusznością wdechową, zrazu tylko podczas snu a potém i podczas czuwania chorego, a z wszelką stanowczością gruźlicę krtani wykluczyć można, tam podejrzenie kiły jest usprawiedliwioném. Podejrzenie to doprowadzi nas do stanowczego rozpoznania, gdy wiarogodne wywiady wykażą kiłowe zakażenie bądź rodziców, bądź chorego dziecka bezpośrednio, a obraz wziernikowy odpowie zmianom zazwyczaj przez kiłę krtani wywoływanym. Ostatecznie pomyślny wynik leczenia przeciwkiłowego usprawiedliwi *a posteriori* rozpoznanie.

Cieśń krtani w następstwie kiły dziedzicznéj wystąpić może w każdym okresie życia dziecięcego (F r a n k l opisuje np. przypadek w *Wien. med. Wochenschrift*, 69, gdzie cieśni krtani w następstwie zapalenia ochrzęstny w skutek kiły dziedzicznéj uległo dziecię trzechmiesięczne), nagabuje jednak najczęściéj dzieci 5—10-letnie, jako wybuch kiły dziedzicznéj spóźnionéj. Będąto zatém podług zestawienia Fourniera dzieci o powstrzymanym ogólnym rozwoju, z guzami czołowemi mocno wystającemi (*square forehead*), z pozostałym grzebieniem szwu czołowego, na kościach bocznych czaszki częste osteofity lub hyperostozy. Nos bywa u nich często perkaty, zapadnięty, na oczach plamy rogówkowe, synechije tęczówek i zaćmy, występuje u nich głuchota, nagle bez poprzedniego zapalenia przewodów usznych, środkowego ucha lub opon mózgowych. Zęby takich dzieci okazują znaną tryjadę Hutchinsona, podniebienie twarde bywa niekiedy przebite. Na skórze w okolicy nosa, warg i lędźwi napotykamy blizny płomieniste, jako ślad przebytych owrzodzeń. Szkielet prawie zawsze krzywiczo zwyrodniały, jądra zanikłe, nierówne, twarde. W organach wewnętrznych napotykamy u nich kilaki w wątrobie i płucach, zmiany w krtani, obrzęk gruczołów nieprowadzący do ropienia, niebolesny, obrzęk surowiczy stawów (*hydrops artic. Sigmund*). Występuje u nich również zapalenie opon mózgowych, z przebiegiem podobnym do gruźliczego zapalenia opon, ale ustępujące szybko przy leczeniu przeciwkiłowém.

Jeżeli zatém u dziecka, przedstawiającego jeden z powyż opisanych objawów, wystąpi przewłoczny nieżyt krtani, z zachrypnięciem głosu, trwającém kilka tygodni i z wdechem przedłużonym, słyszalnym, ostrym, tam nawet w obec braku innych stanowczych objawów kiły dziedzicznéj lub nabytéj przeprowadzenie leczenia zmodyfikowanego przeciwkiłowego w postaci zapylań kalomelu do krtani daje, jak wykazało doświadczenie, bardzo pomyślne wyniki.

III. Oceny i sprawozdania.

Farmakologija.

Prof. A n r e p: **Uretan w zatruciach strychninem i innych środkach wywołujących drgawki.**

Z doświadczeń Schmiedeberga okazało się, że uretan u wszystkich zwierząt wywołuje sen, przyczém oddechanie i czynność serca nie zmienia się, parcie krwi także się nie zmniejsza, odruchy nie słabną a działanie jego ogranicza się do mózgu. Na podstawie tych doświadczeń Coze pierwszy przekonał się, że w zatruciu strychninem wstrzyknięcie uretanu nie tylko broni od śmierci, lecz nie dopuszcza do kurczów.—Prof. Anrep, chcąc się przekonać o tych skutkach, najpierw zbadał działanie fizyjologiczne na zwierzętach i zauważył, że po wstrzyknięciu uretanu zwierzęta w pierwszym okresie zachowują się niecierpliwie, są w ciągłym ruchu, a oddech i czynność serca są przyspieszone. Pierwszy ten okres podniecenia krócéj stósownie do dawki trwa lub dłużéj i

przechodzi w drugi okres senności, w którym zwierzęta leżą nieruchome, odruchy są zmniejszone, oddech zwolniony, ciepłota opada i powoli zwierzęta zasypiają. Jeżeli dawka była bardzo duża, to drugi okres przechodzi powoli w trzeci, przyczém oddech jeszcze więcéj wolnieje, odruchy znikają, ciepłota nadzwyczaj opada, serce bije wolniéj, zwierzęta są nieprzytomne i w tym stanie następuje śmierć przez zaduszenie. Na tę własność uretanu obniżania znacznie ciepłoty prof. A. zwraca uwagę praktyków. Działanie to jest stałe, zaczyna się wkrótce po zaśnięciu, trwa 2—6 godzin i obniżenie ciepłoty wynosi od 1—4°C. Dawki śmiertelne obniżają ciepłotę jeszcze więcéj. Z doświadczeń zaś robionych z uretanem i środkami wywołującemi kurcze doszedł do następujących wyników: Jeżeli po dawce strychninu potrzebnéj u żaby do wywołania kurczów wstrzyknie się średnią dawkę uretanu, to po 16—30 minut nie otrzymuje się żadnych kurczów, choć się nawet żabę drażni. Po dwóch dniach żaba taka zupełnie jest zdrową. Dając jednak najmniejsze śmiertelne dawki strychninu a potém zastrzykując uretan nie otrzyma się kurczów, ale téż i nie można przez to obronić żaby od śmierci. Dając wpierw uretan a potém strychnin, nie otrzymuje się kurczów w tym przypadku, jeżeli dawka uretanu była dostateczną, aby upośledzić czynność rdzenia pacierzowego, przy mniejszych zaś dawkach uretanu wywołujących tylko sen powstają kurcze właściwe strychninowi, chociaż nieco późniéj. Za pomocą więc uretanu uniknąć kurczów po strychninie, jednak ani od śmierci uchronić ani téż ją odwlec uretan nie jest w stanie i owszem przy skombinowaném działaniu tych środków śmierć jeszcze prędzéj następuje. Na psach i królikach robione doświadczenia prawie toż samo wykazały, z tą jednak różnicą, że dając psu lub królikowi małą śmiertelną dawkę strychninu możemy go ochronić i od kurczów i od śmierci, jeżeli podamy mu kilkakrotnie duże dawki uretanu [1]). Po wielkich zaś dawkach strychninu uretan tylko odwleka śmierć i nie dopuszcza do kurczów. Przy małych dawkach pikrotoksiny uretan chroni od kurczów, przy dużych jednak nie broni od śmierci. Przy dawkach nikotynu nie można zauważyć wpływu uretanu, bo działanie nikotynu występuje tak prędko, że uretan nie może podziałać. Po zatruciu jednak uretanem nikotyn nie wywołuje kurczów. Przy dawkach resorcyny wywołującéj znaczne kurcze uretan nie dopuszcza do kurczów. Wszystkie te doświadczenia dowodzą, że uretan może być ze skutkiem używany w zatruciach strychninem, pikrotoksyną i resorcyną, a zapewne i innemi truciznami wywołującemi kurcze. O wiele lepszy jest pod tym względem od wodnika chloralu, bo ten ostatni ma ujemne działanie na narząd krążenia i oddechania. To ma tylko złe uretan, że duże dawki psują trawienie i że można się do niego przyzwyczaić. Można jednak z dobrym skutkiem podawać go *per rectum*. Mniejsze dawki (3 grm.) nie wywierają uspokajającego działania przy znaczném rozdrażnieniu ośrodków nerwowych, lecz przeciwnie mogą tylko rozdrażniać.

Sądząc z doświadczeń robionych na psach dawki 8—12 grm. dla dorosłego człowieka nie są niebezpieczne i w zatruciach można tylko takie dawki stósować. *(St. Petersburg. med. Wochenschr.* Nr. 36 i 37). *Dr. J. Surzycki.*

[1]) Działanie to zależy prawdopodobnie od tego, że zwierzęta o stałéj ciepłocie krwi giną po zatruciu strychninem w okresie drgawek w skutek skurczów tonicznych przepony. Przyjęcie więc uretanu usuwając drgawki tém samém przynajmniéj przy pewnych dawkach usuwa przyczynę śmierci.

(β) **Acetophenon.** Według doświadczeń czynionych w klinice prof. Leubego w Würzburgu na 14 chorych acetophenon czyli hypnon jest dobrym środkiem usypiającym. Dawka 2—4 kropli wystarczała do wywołania parogodzinnego snu; szczególnie skutecznym okazał się ten środek u suchotników. Złych następstw ani żadnych przypadłości ubocznych nie obserwowano; w jednym tylko przypadku, gdzie chory użył 6 kropli powyższego środka, dostał po obudzeniu się z długiego snu lekkich wymiotów i bólu głowy. Hypnon działa stósownie do dawki i indywidualnych właściwości chorego w pół do 1 $^1/_2$ godziny po zażyciu. (*D. Medicinal Ztg.*)

(β) **Sporysz przeciwko potom nocnym u suchotników.** Miguot w klinice Tennesona dochodził do bardzo pomyślnych rezultatów stosując w suchotach 1—2 gr. *Secal. cornuti* w postaci proszku, lub co jeszcze lepiéj 1,0 ergotynu podskórnie. Zwykle podawano środek chorym na $^1/_2$ godziny przed oczekiwaném wystąpieniem potów, a raz zadany wystarczał na tydzień i dłużéj nawet. Mając w szpitalach paryskich z ogromnym materyjałem do czynienia, mógł M. środek powyższy wielokrotnie wypróbować i zapewnia, że go tylko w 1ym przypadku zawiódł. Żaden z zalecanych środków, ani atropin nawet, nie przedstawia tak pomyślnych rezultatów. Naturalna, że sporysz nie wpływa bynajmniéj na przebieg gruźlicy saméj, ale nie przestaje być mimo to cennym środkiem przeciw potom nocnym u suchotników. (*Allg. med. Central-Ztg.*)

Choroby wewnętrzne.

Z 59go Zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich.

Runeberg: **O stosunku bróżdogłowca szerokoczłonkiego** *(Botriocephalus latus)* **do niedokrewności złośliwéj.** R. spostrzegał w klinice uniwersyteckiéj w Helsingfors, że przyczyną niedokrewności złośliwéj, występującéj dosyć często w Finlandyi, bywal wymieniony pasorzyt, a po wydaleniu tegoż następowało wyleczenie. Od czasu zaprowadzenia leczenia przeciwpasorzytnego w przypadkach niedokrewności złośliwéj zaszedł na 19tu chorych tylko jeden przypadek śmierci a to u człowieka, którego przyjęto w stanie tak opłakanym, że na drugi dzień po przyjęciu do zakładu życie zakończył. Podobne doświadczenia czynione z tym samym skutkiem po za obrębem zakładu klinicznego skłaniają R. do przypuszczenia, że pasorzyty żyjące w jelitach, które dotąd uważano powszechnie za względnie niewinne, mogą dać powód do powstania bardzo doniosłych spraw chorobowych, a na poparcie tego twierdzenia przytacza, że Reyher poczynił podobne doświadczenia i wiadomość o nich podał niedawno w piśmie *Deutsches Archiv f. klin. Medicin.*

W dyskusyi nad tym przedmiotem zauważył Biermer, że na podstawie własnych spostrzeżeń musi sprzeciwić się przypuszczeniu, jakoby wszystkie przypadki niedokrewności złośliwéj należało odnieść do pasorzytów i że są liczne przypadki téj choroby o zmianach anatomicznych dokładnie określonych, których etyjologija jest dotąd zupełnie ciemną.

Biermer: **O dusznicy i ostrém porażeniu płuc.** Ostrém porażeniem płuc nazwał B. już dawniéj stan, który występuje w skutek napadu dusznicy i polega na przemijającém i czynnościowém powiększeniu się pęcherzyków płucnych. Stan ten jest charakterystycznym dla napadu dusznicowego, nie ma nic wspólnego z rozedmą płuc a przyczyną tłumaczącą dostatecznie powstanie porażenia płuc jest, zdaniem B., skurcz mięśni oskrzelowych, który już od dawna uważa za jedyną przyczynę napadów dusznicowych. W obszernym swym wywodzie wykazuje B., że zapatrywanie niniejsze

zyskuje coraz to więcéj podstaw w wynikach doświadczeń Riegla i Edingera, a uciekanie się do skurczu przepony jako przyczyny dusznicy nie ma wcale podstawy i nie tłumaczy objawów klinicznych tego cierpienia.

Cantani: **O trujących własnościach prątków cholery.** C. zadaje sobie pytanie: w czém leży niebezpieczeństwo cholery? i odpowiada, że zagęszczenie krwi nie wystarcza do wytłumaczenia nagłéj śmierci w przypadkach odznaczających się nagle występującym zapadem, tak że jest się zmuszonym do porównywania tych przypadków z otruciami. Truciznę działającą tutaj mogą stanowić ptomainy, wydzielina prątków Kochowych lub też trujące własności samych prątków. Doświadczenia przedsiębrane na psach przemawiają najwięcéj za ostatniém przypuszczeniem. Czyste mianowicie hodowle prątków przecinkowych, ogrzane do 100°C. celem sterylizacyi, które więc zawierały tylko martwe prątki, wywoływały po wstrzyknięciu do jamy otrzewnowéj przypady cholery, podczas gdy nawet sterylizowane pożywki z żywemi prątkami nie zawsze sprawiały powstanie cholery. Ztąd wniosek, że nieżywe prątki działają trująco podobnie jak grzyby trujące, a im więcéj prątków powstaje w organizmie, têm większe zachodzi niebezpieczeństwo otrucia. Na téj podstawie podaje C. następujące wskazówki lecznicze: 1) Ograniczyć powstawanie prątków w przewodzie pokarmowym; 2) wspierać wydzielanie trucizny, która się już dostała do organizmu. Pierwszemu wskazaniu czynią zadość ciepłe enemy z roczczynu garbnika, a to na téj podstawie, że ½ lub 1% roczczyny garbnika są przy ciepłocie 37°C. dostateczne do zniszczenia hodowli prątków. Przeciw zagęszczeniu krwi najskuteczniejszym środkiem jest *hypodermoklysa*, o skuteczności któréj przekonano się a w przypadkach z najcięższym przebiegiem, uzyskano nawet około 60% wyleczeń. Zresztą i wstrzykiwanie do jelita ciepłego roczczynu garbnika, pobudzając wydzielanie moczu, działało bardzo skutecznie i mogło zastąpić hypodermoklizę.

Glax: **O wpływie napojów na ciepłotę chorych gorączkujących.** G. zwraca uwagę, że dotąd nie uwzględniano należycie kwestyi w mowie będącéj, sam zaś podjąwszy w tym kierunku liczne badania przyszedł do przekonania, że podawanie wielkiéj ilości napojów, nawet zimnych, sprawia podniesienie ciepłoty ciała. Chorzy nie wydzielają natychmiast wielkiéj ilości wody, następuje zatrzymanie téj wody w organizmie przez czas trwania gorączki a wydzielanie rozpoczyna się dopiero z ustąpieniem stanu gorączkowego. Ciepłota ciała wzmaga się wraz z gromadzeniem się płynu w organizmie a ograniczając przyjmowanie napojów można poniekąd wpłynąć na ciepłotę ciała. G. tłumaczy sobie ten wpływ w ten sposób, że przypuszcza zwolnienie krążenia w naczyniach włosowatych pod wpływem przyjmowania większéj ilości płynu, w skutek czego cząstki krwi mogą przez czas dłuższy stykać się z cząstkami tkanin a więc i sprawa utleniania rozwija się na większy rozmiar, gdy rzecz ma się przeciwnie, jeżeli się ogranicza przyjmowanie płynu.

Frank: **O sposobach ratowania w przypadkach pozornéj śmierci.** Na podstawie własnych spostrzeżeń poleca F. w przypadkach pozornéj śmierci jako najprostszy i najskuteczniejszy sposób niesienia pomocy mechaniczne wstrząśnienie klatki piersiowéj, a mianowicie serca. W dyskusyi nad tym przedmiotem zauważa Meinert, że takie krótkie wstrząśnienia okolicy serca u noworodków asfiktycznych miały według jego doświadczenia skutek wręcz przeciwny, gdyż działały porażająco na serce. (*W. med. Blätter* Nr. 39, 40, 1886). Σ.

Higijena.

Weichselbaum: **Etyjologija cholery.** (Wykład na posiedzeniu kolegijum doktorskiego we Wiedniu).

W. rozpoczął od skreślenia zapatrywań na powstawanie cholery i omówił 1) zapatrywanie Cuninghama, liczące mało zwolenników, że cholera nie jest zaraźliwą, ale że powstaje w skutek wpływów telurycznych i atmosferycznych; 2) zapatrywanie kontagionistów, że cholera jest chorobą zaraźliwą, przenosi się z osoby na osobę, że świeże wydzieliny zawierają jad skuteczny; 3) zapatrywanie lokalistów, że cholera przenosi się w skutek wzajemnych stosunków ludzi, nie z osoby jednak na osobę, lecz że zarazek musi po za ustrojem ludzkim w odpowiednich środkach niejako dojrzeć.

Pettenkofer uważa za pewne istnienie jadu dającego się zawlec, nieznanego rodzaju prątków, sądzi jednak, że do powstania epidemii potrzeba jeszcze czegoś więcéj, zawisłego od miejscowości, stosunków gruntu, jego przesiąknięcia wilgocią, dziurkowatości, zanieczyszczenia istotami organicznemi. Gdy Pettenkofer odpowiednio do swéj teoryi wody zaskórnéj przypuszcza tylko zakażenie przez wdechanie powietrza gruntowego, inni lokaliści uważają wodę lub pożywienie za możebne źródło zarażenia.

Lokalistyczną tę teoryję popierają spostrzeżenia w przebiegu epidemii cholery, że aczkolwiek epidemije szerzą się odpowiednio do stosunków między ludźmi, to mimo to niektóre miejscowości szczególnie bywają nagabywane, inne zaś ochraniane, a w miejscach, które uległy, dosięgają epidemije szczytu w pewnych tylko porach. Zapatrywanie, iż cholera samoistnie powstaje, jest już dawno zbite, równie jak zapatrywanie co do zarażenia przez samo powietrze gruntowe, jak to okazują dokładnie obserwowane epidemije na okrętach, które długie tygodnie na pełném były morzu. Zapadnięcia na cholerę w miejscach dawniéj uchronionych w skutek zarażenia przez bieliznę po cholerycznych wykluczają również wpływ powietrza gruntowego.

Po tych wstępnych uwagach omawia W. nowy okres, w który wstąpiła etyjologija cholery w skutek odkrycia prątka cholerycznego przez Kocha, gdyż przez to daną została podstawa doświadczeniom.

Koch znalazł prątek choleryczny w kiszkach cienkich, znalazł go tam gdzie choroba okazuje największe natężenie, mianowicie w najniższéj części *ileum* têm obficiéj im świeższe badał przypadki w przypadkach śmiertelnych znalazł prawie czyste hodowle, w tyfusie cholerycznym mniejszą liczbę prątków. — Gdy prątków tych nie ma w normalnéj treści jelit, to bliską była myśl etyjologicznego związku i została stwierdzoną doświadczeniem. Doświadczenia Kocha, wstrzykiwania czystych hodowli zwierzętom *per os et anum*, wypadły wprawdzie początkowo ujemnie, ale powiodły się późniéj Nicatiemu i innym, którzy do dwunastnicy wstrzykiwali czyste hodowle, skoro okazało się, że kwas solny soku żołądkowego jest dla prątków przecinkowych szkodliwym. Koch późniéj zobojętniał kwaśną treść żołądka u świnek morskich węglanem sodowym, zmniejszał ruchy wstrzykując makowiec do jamy brzusznéj i dopiero wprowadzał *per os* kilka kropli czystych hodowli. Objawy i wynik sekcyi odpowiadały cholerze u ludzi. Odpowiada też temu znany przypadek, że u lekarza uczęszczającego na kurs bakteryjologiczny w Berlinie, pojawiły się przypady cholery, — odnieść je wypada do przypadkowego dostania się prątków do ust.

Po użyciu wody zanieczyszczonéj odchodami cholerycznemi zapadło z 19 osób 5 w ciągu 36 godzin. Zakażenie

przez bieliznę po cholerycznych trzeba kłaść na równi z doświadczeniami robionemi z czystemi hodowlami, bo na wilgotném płótnie prątki szybko się mnożą.

Zarzuty podniesione przez Finklera i Priora przeciw nauce Kocha okazały się nieuzasadnionemi, prątek, który znaleźli ci badacze w *cholera nostras*, różnił się wielce mimo morfologicznego podobieństwa. Spiryle, które Lewis znalazł w śluzie nazębnym, a które podobne są do prątka cholerycznego, nie dały się hodować w sztucznéj pożywce, co niewątpliwie przemawia przeciw identyczności z prątkami Kocha.

I prątki Emmericha nie stoją z cholerą w żadnym związku przyczynowym, jak różne próby kontrolne okazują. Przeciwnie we wszystkich wcześnie badanych przypadkach cholery najrozmaitsi badacze w najrozmaitszych krajach wykrywali zawsze w odchodach prątki przecinkowe Kocha. Mowca rozwodzi się nad bijologiją i morfologiją prątka, który odosobniony ma kształt przecinka układając się jednak obok siebie tworzy często ozdobne śruby i spiryle, z którego to powodu w najnowszych czasach niektórzy zaliczają go do spirylów.

Najlepiéj wegetuje między 30—40°C. Niżéj 17° źle się rozwija, chociaż Ermerghem jeszcze przy 8° obserwował słaby wzrost, Koch nawet przy wpływie ciepłoty — 10° przez godzinę znalazł go zupełnie zdolnym do życia. Półgodzinne ogrzanie do 60° a nagłe do 80° wystarcza do zabicia go. Ciecze po jednorazowém zagotowaniu stają się płonnemi. Przez zasuszenie traci prątek zdolność do życia. — Mowca kładzie nacisk na praktyczne znaczenie tego, że prątek traci żywotność przez zasuszenie, bo przez to zakażenie przez powietrze, suchą bieliznę, listy, szmaty, zdaje się być wykluczoném. Ważném jest zachowanie się w obec niektórych istot odżywczych. Gdy na agarze nawet po 10 miesiącach zachowuje żywotność i w ogóle nie jest co do istot odżywczych wybrednym, w mleku nie sprawia zmian, nawet nie ścina go. Kwasy, np. kwaśne owoce, wino itd., równie jak solone mięso, ser, korzenie, działają nań niszcząco. W wodzie przekroplonéj znalazł go Nicati po 20 dniach żywotnym, gdy w gnijących wodach w styczności z saprofytami, prątkami gnilnemi, wkrótce traci żywotność.

Zarażenie nastaje u ludzi zawsze przez usta, bądź przez wodę, do któréj dostały się odbyciny chorych na cholerę, bądź téż gdy pielęgnujący jedzą powalanemi rękami a także i przez owady jest zarażenie możliwém. Mnożenie się prątków w jelitach jest nadzwyczaj szybkie, tu wytworzony jad wessany stósownie do ilości zrządza objawy takie, jakie znane są jako właściwe durowi cholerycznemu, okresowi asfyktycznemu cholery lub téż tylko miejscowe cierpienia.

Powstaniu cholery przeszkadza kwaśne oddziaływanie treści żołądka, żywotność przybłonka jelitowego, gdy stany dyspeptyczne, brak kwasu solnego w treści żołądka, opóźnienie ruchów jelitowych, jak również momenta osłabiające żywotność przybłonka, sprzyjają powstawaniu.

Jakże zachowuje się bijologija grzybka do miejscowego i czasowego usposobienia lokalistów? Wysokie ciepłoty sprzyjają zawsze mnożeniu się, a przeciwnie zasuszenie oraz niższe ciepłoty nie wstrzymują rozwoju. Obfite deszcze usuwają treść kanałów, w któréj się grzybek znajdować może, znaczny spadek w kanałach i nieprzepuszczalność gruntu przyczyniają się do rychłego usuwania wydzielin cholerycznych. Także i zanieczyszczenie wody może szkodzić ale tylko krótki czas, bo prątki w niéj nie długo zatrzymują żywotność. Samo się przez się rozumie, że czystość przy pielęgnowaniu chorych, przy utrzymaniu podług, bielizny przy przyrządzaniu potraw, ważnemi są dla szerzenia się epidemij. Tłumaczy to różnicę w szerzeniu się zarazy w krajach cywilizowanych i niecywilizowanych, w ciasnych źle budowanych dzielnicach dawnych, a w przewiewnych nowszych.

Choroba jest dziś równie złośliwą jak dawniéj, zmniejszyła się tylko liczba źródeł zakażenia. Co do usposobienia osobistego to mowca kładzie nacisk na sposób odżywiania się, czy używa się surowych czy gotowanych pokarmów, czy surowych owoców, co sprzyja powstawaniu cierpień przewodu pokarmowego.

Nie bez znaczenia téż jest miejsce pierwszego wystąpienia, np. w dobrze urządzonym szpitalu, w miejscowości z dobrą kanalizacyją lub téż na wsi, gdzie woda do picia i do użytku jest odchodami zanieczyszczona.

Możemy sobie, kończy mowca, rzeczy, które dawniéj oznaczano usposobieniem miejscowém i osobistém, tłumaczyć w naturalny sposób i zyskaliśmy pewną podstawę dla naszego działania. *Dr. Grabowski.*

Dr. Kreibohm: **Przyczynek do doświadczeń, czy pary sublimatu są dostatecznym środkiem dla odwietrzenia izb zakażonych.**

Odwietrzenie stancyj zajmowanych przez chorych zaraźliwych przedstawia największe trudności. Nie podobna bowiem w takich stancyjach wyrywać posadzki, aby je odwietrzyć, ziemię z pod niéj wydobywać, aby ją czystą zastąpić, tynk zdrapywać, aby ściany świeżo wytynkować a okna i drzwi wycierać szmatami zmaczanemi w płynach odwietrzających, aby je pozbawić przyrzutów. Dla tego też radzono w tym celu używać rozmaitych środków w stanie lotnym w przekonaniu, że te wnikną tak dokładnie we wszelkie szczeliny, że pod ich działaniem znikną wszelkie przyrzuty. Gdy atoli chlor, brom, kwas siarkawy zawodził oczekiwania, polecił Koenig używać w tym celu jednego z najdzielniejszych środków odwietrzających, mianowicie par sublimatu.

Stwierdzając doświadczenia Koeniga Kreibohm użył par sublimatu do zniszczenia rozmaitych chorobotwórczych grzybków, ustawionych w rozmaitéj wysokości w stancyi o 38·5 m. sz. pojemności.

Grzybki te ustawiał wolno, to znów nakrywał je wilgotną bibułą, wtykał je w otwory wywiercone w ścianie a następnie naklejone obiciem lub zaprawione wapnem podobnież i w otwory w posadzce.

Parował 60 grm. sublimatu, pozostawił przez 4 godziny przedmioty z grzybkami zakaźnemi wystawione na działanie par, następnie przewietrzał izbę przez kilka godzin a w końcu przez spalenie 100 grm. siarki wywiązany kwas siarkawy przez 3 godziny pozostawił w izbie téj zamknięty.

W stancyi znaleziono potem delikatny biały osad sublimatu, i to na powierzchni tylko wolnéj przedmiotów, niczém nieosłonionéj. Zatém w ścianie, w posadzce zamknięte grzybki zachowały w zupełności żywotność, a nawet dalsze doświadczenia wykazały, że w pościeli, w materacach, ubraniu, itp. sublimatowe pary wcale nie pozbawiały grzybków zdolności mnożenia się. (*Zeitschrift für Hygiene* T. I 2. Zeszyt 1886).

Dr. Buszek.

(β) **Zależność wąglika od czynników meteorologicznych,** mianowicie opadów atmosferycznych i ciepłoty była przedmiotem badań L. Friedericha pod kierownictwem prof. Dra Bollingera w Monachijum. Według zestawień z r. 1860—1883 okazuje się,

że jeżeli suma opadów w danym roku była mniejsza niż w poprzedzającym, kiedy więc po roku mokrym następował suchszy, a przytém ciepłota była dostatecznie wysoka, natychmiast zwiększała się ilość przypadków wąglika. Jeśli w obec wysokiéj temperatury ilość opadów była znaczna, jak to np. miało miejsce w r. 1867, natenczas nigdy pomor nie występował. Liczba zapadów regularnie wzrastała, ile razy suma opadów zaczynała się zmniejszać. Przy równie wysokiéj ciepłocie tém gwałtowniéj wąglik występował, im szybciéj opady się zmniejszały. Co do roznoszenia wąglika przez muchy i gzy, to według autora przypada *maximum* przypadków wtedy, kiedy ilość powyższych owadów już się zmniejszyła. W ogóle jawienie i szerzenie się wąglika jako choroby stadnéj zależy od: 1) właściwości gruntu, 2) obecności jadu wąglikowego w gruncie, 3) zmniejszenia się wilgoci gruntowéj, 4) pewnéj wysokości ciepłoty. Ponieważ mniejszy lub większy stopień wilgoci gruntu zależy od ilości opadów, wynika ztąd, że do pewnego stopnia można z obserwacyj meteorologicznych (wahań wilgoci gruntowéj, ciepłoty powietrza), przepowiedzieć zarazę wąglikową.

Z spostrzeżeń i zestawień autora wynika, że zmiany wilgoci gruntowéj odgrywają w wągliku tę samą rolę, co w durze i cholerze. W celu ochrony od zarazy należy wilgotne i podejrzane pastwiska drenować, unikać przytém zanieczyszczania ich i z tego powodu usuwać jak najrychléj padłe zwierzęta jakotéż ich odchody. *(D. Medicinal-Ztg.)*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 20 października 1886 r.

Przewodniczący kol. A. Rosner. Członków obecnych 21. Gość Dr. Dębowski z Dorpatu.

1) Przewodniczący przedkłada liczne dzieła i broszury, nadesłane w czasie wakacyj do biblijoteki Tow.. z których rozprawę „o istocie cholery azyjatyckiéj i pospolitém leczeniu takowéj“ Dra Krassowskiego, byłego lekarza powiatu płockiego, Warszawa 1880 r. i „Tomasz Konstanty Świątecki, wynalazca niezawodnego lekarstwa na cholerę i jego przeciwnicy„ przez A. Dzwonkowskiego, Warszawa 1884 r. wręczono kol. Prusowi, aby złożył sprawozdanie z osnowy tych prac.

2) Odczytano pismo p. Żeleńskiego z Grodkowic, wystosowane do Tow. lek., który prowadząc rozległe gospodarstwo nabiałowe, oparte na racyjonalnych podstawach, pragnie produkt swój jak najszerzéj rozpowszechnić w Krakowie oddając tenże pod nadzór i kontrolę Tow. — Uchwalono całą tę sprawę odstąpić Komisyi przemysłowéj.

3) Kol. Bossowski wygłosił rzecz „o wynikach badania wydzielin pod względem bakteryjologicznym,“ którąto pracę podjął w klinice chirurgicznéj krakowskiéj, wykład zaś swój poparł okazami kultur przeniesionych na płyty gelatynowe. (Ogłoszono w Przegl. Lek).

W dyskusyi wziął udział kol. Dębowski.

4) Kol. Jaworski imieniem Komisyi przemysłowéj zdał następującą sprawę ze sporządzania wód gazowych sztucznych w tutejszéj fabryce pp. Rządy i Chmurskiego.

Z dniem każdym coraz więcéj wchodzą w użycie jako napój codzienny tak zwane wody burzące, bądźto sztuczne, bądź téż naturalne jako szczawy zagraniczne jako szczawa Gieshübel, Krohndorfer, Apollinaris i t. d. Szczaw tych nie można uważać za zupełnie odpowiadające wymaganiom zdrowotnym i lekarskim, bo téż one przecież w tym specyjalnym celu w przyrodzie się nie wytworzyły.

Szczawa np. Krohndorfska, a w przybliżeniu szczawa Giesshübelska zawiera w 1 L. między innemi,, według rozbioru prof. Gintla 4 mg. glinki, 8 mg. ciał organicznych, 8 mg. krzemionki, 1072 mg. soli wapniowców. Wszystkie te ciała przy dłuższém używaniu obojętnemi być nie mogą, wody te jednak znaczne kwoty z kraju wyprowadzają. Również i szczawa sztuczna, jaką jest woda sodowa, będąc wyrabianą przez nasycenie wody zwyczajnéj kw. węglowym nie odpowiada nawet warunkom hygijenicznym, tam gdzie woda już z natury swéj jest zanieczyszczona. Kraków, który tak długo czeka nadaremnie na wodociągi, pije dotąd wodę, która według rozbiorów prof. Olszewskiego zawiera w rynku głównym: 1276 mg., a w rynku kaźmierskim 2145 mg. ciał stałych, a w tych 647 mg. soli wapniowców; zaś 14 mg. ciał organicznych. Znaczną ilość soli wapniowych można będzie ocenić po dodania szczawianu wapniowego do wody krakowskiéj. (Demonstracyja).

Wody wodociągowe np. wiedeńska zawiera tych składników o wiele mniéj.

To téż Komisyja powzięła myśl, aby wyrabiać w kraju wodę, którąby wszystkim warunkom hygijenicznym i lekarskim zadość uczynić mogła. Biorąc za podstawę wodę przekroploną starała się Komisyja o ominięcie dla ustroju szkodliwych lub niepotrzebnych składników, a przez dodanie soli zamierzała poprawić smak i wprowadzić w ustrój pożyteczne składniki mineralne. Po kilkunastu próbach, któro z uznania godną gotowością zakład pp Rządy i Chmurskiego podjął się według danych wskazówek przedsięwziąść, uznała Komisyja za stósowną tąk co do smaku jak i składu wodę zawierającą następujące składniki na 1 L. wody przekroplonéj kw. węglowym przesyconéj: $HNaCO_3$ 0·6gm., NaCl0·5gm., KCl0·1gm., HNa_2PO_3 0 1. gm. Tę wodę pod nazwą wody sodowéj hygijenicznéj poleca Komisyja jako napój zamiast wody zwyczajnéj żródlanéj, zamiast wody sodowéj, jakotéż zamiast sztucznych szczaw jak Giesshübel, Krohndorfer, Apolinaris.

Oprócz tego poleciła Komisyja wyrabiać dwie inne wody zawierające obok kw. węglowego, wolny kwas solny pod nazwą: woda sodowa kwaśna słabsza i mocniejsza składu następującego: w obydwu znajduje się w jednym litrze wody przekroplonéj kw. węglowym przesyconéj po 0·2 gm. NaCl i 0·3 gm. KCl a we wodzie silniejszéj 1 gm., w słabszéj 0·5 gm. *Ac. muriaticum dilutum officinale.* Wody te mają być szczególniéj użyte wtedy kiedy w żołądku brak kw. solnego jak w niedowładzie wydzielniczym żołądka i w chorobach gorączkowych, w których według doświadczeń śp. Wolframa również brak jest kw. solnego, następnie w czasach grożących epidemij aby mikroorganizmy chorobotwórcze mogące się dostać do żołądka kiedy w nim nie ma kw. solnego, jak to ma nawet miejsce w stanie prawidłowym naczczo, w ich rozwoju powstrzymać. Zresztą wody tu przedstawione mają te same wskazania lecznicze w zastósowaniu, jakie dotąd ma woda sodowa lub szczawa naturalna kwaśna. Mianowicie podniosę tu tę okoliczność, o któréj doświadczalnie się przekonałem na żołądkach ludzkich, że wody nasycone kw. węglowym pobudzają żołądek do silnego wydzielania kw. żołądkowego, a co najważniejsza do szybszego pochłaniania zadanych leków. Następnie według nowszych doświadczeń Anrepa na zwierzętach przedsiębranych, CO_2 pobudza jelita do szybszych ruchów robaczkowych, co spostrzegłem i u ludzi, że leki wypróżniające szybciéj działają, jeżeli bywają zapijane wodą burzącą.

Czystość i różnice przedstawionych wód w porównaniu z wodą sodową zwyczajną będzie można po następujących oznakach rozpoznać. (Demonsrtacyje).

a. Woda zupełnie jasna i bezbarwna, nawet po dłuższém staniu nie powinna się mącić.

b. Perłuje silnie i bańki gazowe chwytają się rzęsiście ścian naczynia, i dłuższy czas pozostają, jestto oznaka, że zawiera tylko kw. węglowy a nie powietrze, które sprawia dostawszy się do żołądka przypady dolegliwe.

c. Kawałek sody, włożony, lub szczawian amonowy wlany nie sprawiają ani śladu zmącenia.

Tego rodzaju wody zobowiązała się wyrabiać firma pp. Rządy i Chmurskiego i przyjęła następujące warunki.

1. Poddaje wyrób kontroli Towarzystwa lekarskiego i postępuje według wskazówek tegoż.

2. Wszystkie przyrządy i naczynia służące do wyrobu mają być czyszczone z największą skrupulatnością wodą przekroploną.

3. Woda ma być podawana w naczyniach zupełnie przeźroczystych wodojasnych. Woda kwaśna może być podawana i we flaszkach bezbarwnych, hygijeniczna zaś w syfonach.

4. Wodę przekroploną ma utrzymywać firma sama, a nie nabywać jéj z drugiéj ręki.

5. Cena tych wód ma się nie o wiele różnić od ceny zwyczajnéj wody sodowéj.

Nad tém sprawozdaniem toczyła się żywa wymiana zdań, poczém przyjęto przez głosowanie w zasadzie wyrób powyższych wód uznając je za dobre i swojemu celowi odpowiedne. Sprawę zaś co do sposobu rozpowszechnienia i kontrolowania wyrobu przez Towarzystwo odesłano celem bliższego zbadania do Komisyi przemysłowéj. *Dr. Dobruchowski.*

Sprawozdanie z walnego zebrania członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z dnia 22 czerwca 1886.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46).

Następnie kol. Kaczorowski odczytuje swój obszernie i wyczerpująco opracowany referat: o środkach przeciwgorączkowych i ich wskazaniu, z którego podnosimy najważniejsze ustępy.

Kwestyja stósowania środków przeciwgorączkowych była za inicyjatywą referenta już przed 4 laty na tém samém miejscu rozbieraną, i to bezpośrednio po pierwszym Kongresie niemieckim medycyny wewnętrznéj w Wiesbadenie odbytym, gdzie „metoda antipyretyczna“ postawioną była jako pierwszy i główny przedmiot porządku dziennego. Zebrani tam reprezentanci klinik i szpitali niemieckich, z Liebermeistrem na czele, upatrując w zbyt wysoko podniesionéj ciepłocie najgroźniejszy objaw chorób gorączkowych oświadczyli się wówczas jeszcze z wielkim entuzyjazmem za stósowaniem zimnych kąpieli celem obniżania ciepłoty, mianowicie w tyfusie jelitowym, który za pierwowzór chorób gorączkowych uważany być może. Jeden z lekarzy szpitalnych, Curschmann, ośmielił się wtedy nie wtórować temu jednozgodnemu zapałowi, twierdząc, że środkami dyjetetycznemi i przypadowemi równie pomyślne, jeśli nie pomyślniejsze, odnosił w leczeniu téj choroby skutki. Referent już wtedy, biorąc pochop z kilku smutnych doświadczeń, zebranych z zastósowania środków przeciwgorączkowych i to nie tylko zimnych kąpieli, ale także wielkich dawek chininu tudzież kwasu salicylowego, wystąpił przeciw zasadniczemu używaniu owych środków przeciwgorączkowych tak w tyfusach jak w ogóle w wszystkich ostrych chorobach zakaźnych, podnosząc, że samo nadmierne podwyższenie ciepłoty nie może być uważane za punkt ciężkości pod względem rokowania w tych chorobach, podając za przykład nieszkodliwe oddziaływanie bardzo wygórowanéj ciepłoty w tyfusie powrotnym i przytaczając przypadki tyfusu osutkowego, szczególniéj u dzieci i kobiet, gdzie ciepłota przeszło 41° przez cały ciąg choroby wynosząca chodziła w parze z mało co zaburzoném poczuciem podmiotowém chorych. Referent upatrując raczéj całą grozę chorób gorączkowych w upośledzeniu czynności ośrodków nerwowych, a głównie krążenia i oddechania, wywołaném nie tyle gorączką, co właściwym zakażającym jadem choroby, przyznawał wprawdzie bardzo dobroczynne działanie środkom ochładzającym, ale czysto fizycznéj natury, jak świeżemu zimnemu powietrzu, wreszcie letnim kąpielom, połączonym z zimnemi zlewaniami ciała, gdyż spełniają one zarazem zadanie podniecenia czynności serca, wywoływania silniejszych oddechów, rozbudzania zmysłów, ruchów samodzielnych, łaknienia, ale ostrzegał przed bezwzględném stósowaniem zimnych kąpieli, przykrych dla każdego chorego, niebezpiecznych dla zbyt wrażliwych chorych, niemniéj przed podawaniem wielkich dawek chininu i kwasu salicylowego w dalszych okresach choroby, gdzie czynność serca już znacznie upośledzona. Referent już wtenczas dał wyraz przypuszczeniu, ażali w podniesionéj ciepłocie ustroju nie należy upatrywać pod pewnym względem obronnego przeciwko najezdnikom chorobotwórczym odczynu, który miarkować można, ale którego nie godzi się tłumić środkami obosiecznemi (długotrwała zimna kąpiel tak samo bowiem ubezwładnia serce, jak wielkie dawki chininu i kwasu salicylowego jadami są sercowemi). W dwa lata późniéj ten sam Liebermeister na Kongresie lekarskim w Kopenhadze występując z metodą antipyretyczną spotkał już dość silną opozycyję, mianowicie ze strony francuskich klinicystów, a przyparty do muru przypadkami zapadu chorych traktowanych zimnemi kąpielami widział się zniewolonym do zakreślenia pewnych zastrzeżeń co do ich stosowania, po czwartym zaś Kongresie Wiesbadeńskim nawet ze strony Niemców jeszcze wyraźniejsza reakcyja odezwała się przeciw bezwzględnemu przeprowadzeniu metody antipyretycznéj.

Statystyka, opierająca się na grubych cyfrach tyfusów leczonych metodą przeciwgorączkową, również nie zdołała rozstrzygnąć kwestyi o jéj rzeczywistéj wyższości nad innemi metodami. Tak np. według Glaesera leczono w szpitalu hamburskim w latach od r. 1874—1877 chorych tyfusem jelitowym dotkniętych na jednym oddziale 868 kąpielami zimnemi, na drugim 937 bez kąpieli z równym prawie wynikiem, bo śmiertelność na obu oddziałach wynosiła 7,2%. Senator zestawił statystykę tyfusowych z r. 1875—1884 w szpitalach berlińskich leczonych:

Charité	na 2.815	chorych wykazuje	16.4%
Friedriechshain	„ 2.768	„ „	19,6%
Hedwigsspital	„ 2.412	„ „	14,7%
Bethanien	„ 2.229	„ „	13,5%
Elisabethspital	„ 847	„ „	12.8%
Moabit	„ 846	„ „	15,2%
Augustahospital	„ 515	„ „	12.3%
Lazarusspital	„ 513	„ „	14,0%

śmiertelności.

W żadnym z wymienionych powyżéj szpitali nie przeprowadzono ścisłego leczenia kąpielami zimnemi, najwięcéj ich używano jeszcze w Bethanien. Z leków najwięcéj jeszcze używano chininu. W szpitalu Augusty ani razu nie przeprowadzono systematycznego leczenia przeciwgorączkowego, pomimo że ciepłota chorych całe tygodnie wynosiła 39—40°, a mimo to wynik śmiertelności okazał się tu najpomyślniejszem. Statystyka Vogla obejmująca wojskowych leczonych na tyfus w szpitalu monachijskim od roku 1841—1881 i to 8325 przypadków, z których 1486 śmiercią się zakończyło, wydaje się daleko więcéj pouczającą dzieląc metody lecznicze na 3 okresy: I. od roku 1841—1860 leczono 4096 chorych upustami krwi, lekami przeczyszczającemi, z resztą metodą wyczekującą i ścisłą dyjetą, z śmiertelnością 21%. II. od r. 1860—1868 leczono chorych 1388 metodą wyczekującą lub przeciwgorączkową z śmiertelnością 18,1%. III. od r. 1868—1882 leczono chorych 2841; *a)* częścią ścisłą metodą Branda, *b)* częścią złożoną z kąpieli zimnych i leków przeciwgorączkowych, śmiertelność ogólna 12,6%. Metoda *a)* wydała 2,7% śmiertelności, a 65% powikłań. Metoda *b)* wydała 7,6% śmiertelności, a 102% powikłań. Liechtenstern podaje z II oddziału szpitala monachijskiego śmiertelność przed używaniem zimnych kąpieli na 13,5%, po wprowadzeniu zaś zimnych kąpieli na 5,4%. Bartels i Jürgens ten sam stosunek śmiertelności do terapii na 15,4%, a 3,1%, Liebermeister i Hagenbach na 16%, a 8,8%, Pfeuffer na 13—20%, a 5,4%, Longuet z Algieru na 27%, a 2%.

Jakkolwiek liczby powyższe zdają się niezbicie przemawiać za zbawczém działaniem metody przeciwgorączkowéj, a mianowicie zimnych kąpiel, przy bliższém wszakże rozpatrzeniu rzeczy nie dowodzą one koniecznie, że obniżona śmiertelność tyfusu jelitowego jest wyłącznie wypływem stósowania środków przeciwgorączkowych. W ocenieniu bowiem przyczyn zmniejszonéj śmiertelności w rachubę wziąć trzeba najprzód: łagodniejszy charakter choroby czyli *genius epidemicus*, daléj warunki higijeniczno-dyjetetyczne, w jakich zostają obecnie chorzy leczeni po szpitalach publicznych, odwietrzanie tychże, skrupulatna czystość zachowana około chorych a przedewszystkiém lepsze odżywienie ich i ustawiczne podniecanie za pomocą wina, koniaku, kawy. Chorzy Vogla zostawali w ogrodzie ciągle pod wpływem świeżego powietrza, poniekąd blisko zera ochłodzonego, dostawali dziennie po butelce wina Bordeaux, a nadto zapominać nie należy, że bylito żołnierze, a zatém ludzie młodego wieku i silnego poprzednio zdrowia.

Metodę więc leczenia takiego należałoby raczéj nazwać skrzepiająco-pobudzającą, aniżeli przeciwgorączkową. Że zresztą bez stósowania środków przeciwgorączkowych osiągnąć można pomyślne wyniki, okazuje statystyka Ebsteina z Getyngi, który na 235 chorych miał 5% śmiertelności bez antipyryny, do czego niech mi będzie wolno dodać, że i w szpitalach pod kierownictwem mojém zostających od lat 15, w przeciągu których, zarzuciwszy kąpiele zimne, wystawiam chorych na świeże powietrze i pobudzającemi posilkuję się środkami, do których zaliczam w razie zapadu także kąpiele letnie połączone z zimnemi zlewaniami, odsetka śmiertelności tylko na korzyść się zmieniła.

Co do leków przeciwgorączkowych, do których zaliczają się *Chininum, Acid. salicylicum, Veratrinum, Acid. carbolicum, Kreosotum, Hydrochinon, Resorcinum, Kairinum, Thallinum,*

Antipyrinum, to wszystkie bez wyjątku w większych dawkach prócz obniżenia ciepłoty wywierają uboczne szkodliwe działanie na układ nerwowy, są bowiem jadami mięśnionerwowemi, mianowicie serce upośledzającemi, co u silnych dobrze odżywionych chorych mniéj wyraźnie dają się we znaki, u słabowitych, anemicznych zawsze wywołują upadek, mniéj lub więcéj długo trwający a poniekąd nagłą śmierć. Nawet antipyryn używający obecnie takiéj wziętości, nie jest wolny od tego zarzutu, jak się dostatecznie o tém przekonać mogłem u suchotników inteligentnych, mierzących swoją ciepłotę, a zeznających, że się słabszymi czuli w dniach bezgorączkowych po zażyciu antipyrynu, aniżeli w zwyczajnym stanie gorączkowym. Pomijając ujemne działanie tych leków na żołądek, osutki, jakie czasem, niewczesne poty, jakie zawsze wywołują, główna ich szkodliwość na tém polega, że ubezwładniając serce w razie ważniejszych powikłań, najgroźniejszy zazwyczaj objaw chorób tyfusowych stanowiących, pozbawiają ustrój dostatecznéj siły odpornéj do zwalczenia złego, a nadto przewlekają czas wyzdrowienia. Co do antipyrynu, którego wcale już nie używam, to dochodzą mnie wieści o kilku przypadkach nagłego śmiertelnego zapadu. W ostatnim czasie doświadczyłem znów smutnego zejścia z kwasu salicylowego w przypadku gośćca stawowego powikłanego z zapaleniem osierdzia i zajęciem mózgu u młodéj dziewczyny, leczonéj na wstępie, jak zwykle, kwasem salicylowym. Po zamianie tegoż leku na kamforę z kwasem będźwinowym sensorium zupełnie się rozbudziło, gdy jednak z powodu nieustępujących zjawisk zapalenia osierdzia powróciłem do jednogramowych co dwie godziny dawek kwasu salicylowego, i to jeszcze połączonych z kamforą, śpiączka na nowo wystąpiła i utrzymała się aż do śmierci. Pomimo więc swoistego działania kwasu salicylowego w gośćcu stawowym, bezpieczniéj będzie w podobnych ciężkich powikłaniach ze strony serca lub mózgowia, zrzec się lepiéj szybszego stłumienia choroby, aniżeli narażać serce na większy jeszcze upadek. Co do innych zaś chorób zakaźnych, a mianowicie co do tyfusu, zgoda prawie ogólna, że środki przeciwgorączkowe wcale nie wpływając na istotę i trwanie choroby, jedno tylko jéj zjawisko, t. j. podwyższoną ciepłotę na kilka godzin obniżają, po cóż więc narażać dla tak małego zysku życie chorego, choćby tylko na 1000 przypadków raz jeden zachodził wynik niefortunny, któryby na karb leku położyć wypadło.

Gorączka wprawdzie dla wielu chorych, szczególniéj nerwowych, jest rzeczą wcale niemiłą, dla otoczenia, gdy wywołuje majaczenie, bardzo niepokojącą, silnych i niewrażliwych chorych mało co obchodzi, wycieńcza co prawda wszystkich chorych skutkiem zwiększonego gorzenia tkanek (wydzielenia mocznika i kwasu węglowego) ale przypisywane jéj do niedawna zwyrodnienie tłuszczowe wielkich gruczołów, a mianowicie serca, nie mogło się w obec nowoczesnéj krytyki utrzymać. Przeciwnie, podnoszą się bardzo poważne głosy, przypisujące gorączce dobroczynne urządzenie natury (Cohnheim), palące zarodki chorobotwórcze, co stwierdzają nowoczesne badania bakteryjologiczne (np. co do spirochetów gorączki powrotnéj Obermaiera i laseczników wąglikowych Kocha). Wreszcie zaś na wniosek ten naprowadzać winien daleko krótszy przebieg zapalnych chorób połączonych z gorączką, jak np. w zapaleniu płuc, gruczołów limfatycznych, w gośćcu, aniżeli wolnych od gorączki.

Reasumując wszystko, co dotąd stwierdziły doświadczenia nad chorymi i badania patologiczne, podwyższona ciepłota sama przez się nie będąc rdzenném i najgroźniejszém zjawiskiem choroby, nie wymaga *à tout prix* zwalczania jéj heroicznemi środkami, które się stać mogą obosiecznemi, a do których zaliczyć wypada zimne kąpiele i tak zwane leki przeciwgorączkowe.

(Dokończenie nastąpi).

V. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w październiku r. 1886.

Tyfus brzuszny utrzymywał się w październiku w równéj mierze jak we wrześniu. W 21 gminach 13 powiatów leczono 463 osób (we wrześniu 431), z tych wyzdrowiało 296 czyli 63·9%, umarło 33 czyli 7·1%, pozostało w leczeniu 134 czyli 28·9% w dziesięciu gminach.

Natomiast rozszerzył się tyfus plamisty i tak: z końcem września pozostało tylko 14 chorych w 2 gminach, w październiku przybyło zaś 319 chorych; z 333 leczonych w dziewięciu gminach ośmiu powiatów wyzdrowiało 225 czyli 67·5%, umarło 32 czyli 9·6%, pozostało 76=22·8% w sześciu gminach. Najgroźniejszym był tyfus w powiecie rudeckim, gdzie w jednéj gminie niemal 9% ludności na tyfus plamisty zachorowało, a z pośród chorych 10% umarło; groźnie także wystąpił tyfus w dwu gminach powiatu rohatyńskiego, gdzie w obu gminach na 1470 głów zachorowało 142 osób, z tych umarło 12.

Szkarlatyna, jak to już we wrześniu przewidzieć było można, rozszerzyła się w październiku tak dalece, że liczba w tym miesiącu leczonych wyższą jest niż w którymkolwiek poprzednim miesiącu w r. 1886 i 1885. W 62 gminach 28 powiatów leczono 2086 chorych, z tych wyzdrowiało 1007 czyli 48·2%, umarło 396 czyli 19%, pozostało w leczeniu 683 czyli 32·7%. Najwięcéj była szkarlatyna rozszerzoną w powiecie tłumackim, gdzie w 5 gminach stwierdzono 334 chorych, z tych umarło 59, niemal 19%, najgroźniejszą zaś była w pow. trembowelskim, gdzie z 162 leczonych w 5 gminach umarło 39 dzieci, tj. 24%, również i w pow. zaleszczyckim z 167 chorych umarło 49 czyli 24%, a w pow. horodeńskim, borszczowskim i brodzkim śmiertelność była wyższą niż 20%.

Dyfteryja wystąpiła tylko w powiecie trembowelskim (obok groźnéj szkarlatyny) w 4 gminach epidemicznie, zresztą tu i owdzie sporadycznie. W ogóle leczono 281 chorych, z tych wyzdrowiało 126 albo 44·8%, umarło 79 czyli 28·1%, pozostało w leczeniu 76 chorych = 27·1%; w samym powiecie trembowelskim było 103 chorych, z tych umarło 33 osób.

Odra także znacznie się rozszerzyła. W 26 powiatach a w 59 gminach leczono 3701 chorych (we wrześniu 3701, w październiku 1885 tylko 1488); z tych wyzdrowiało 2285 czyli 61·7%, umarło 196 czyli 5·2%, pozostało w leczeniu 1220 czyli 33%. Najwięcéj była odra rozszerzoną w powiecie jaworowskim, gdzie np. w jednéj miejscowości śmiertelność = 17%.

Krztusiec tylko nieznacznie się rozszerzył. Z 1423 leczonych chorych wyzdrowiało 777 czyli 54%, umarło 57 = 4%, pozostało w leczeniu 42%.

Czerwonkę stwierdzono w 130 gminach u 3639 chorych, z tych wyzdrowiało 2790 czyli 76·6%, umarło 392 czyli 10·8%, pozostało 457 czyli 12·6%. Należy się spodziewać, iż z końcem listopada czerwonka zupełnie wygaśnie. Najwięcéj była czerwonka rozszerzoną w powiecie łancuckim (w 18 gminach 546 chorych, śmiertelność 11%), daléj w powiecie rawskim (w 11 gminach 239 chorych, śmiertelność = 17·1%), najgroźniejsza zaś była w powiecie kosowskim, w którym w dziewięciu gminach zachorowało 164 osób, a z tych umarło 50, t. j. przeszło 30%.

Ospa tylko w powiecie sokalskim wystąpiła w czterech gminach, lecz zaraz wygasła, nadto stwierdzono ją w 4 gminach różnych powiatów. Z 78 chorych wyzdrowiało 34 = 45% szczepionych, 20 = 25·6% nieszczepionych, umarło 3 = 4% szczepionych, 13 = 16·6% nieszczepionych. Pozostało 8 chorych w dwu gminach.

Lwów d. 18 listopada 1886. *Dr. Józef Merunowicz.*

Statystyka epidemij. W tygodniu od 7—13 listopada umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 23·2. Z płonicy umarło 1 (3 z. t.); z błonicy 1 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (2 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospianki, 2 płonicy, 1 duru brzusznego, 1 duru osutkowego, 2 róży. W tygodniu od 31 października do 6 listopada umarło z ospy: w Warszawie 5, w Budapeszcie 83, w Wiedniu i Paryżu po 1, w Rzymie 5, w Wenecyi 2, w Petersburgu 4. Z duru osutkowego umarło w Londynie 1. Z duru brzusznego umarło: w Warszawie 5, w Paryżu 13, w Londynie 19, w Petersburgu 11. Z odry umarło: w Paryżu 12, w Londynie 27. Z płonicy umarło: w Warszawie 18, w Budapeszcie 15, w Petersburgu 14, w Londynie 25. Z błonicy i dławca umarło: w Warszawie 14, w Berlinie 67, we Wrocławiu i Dreźnie po 10, w Hamburgu 25, w Lipsku 8, w Wiedniu i Budapeszcie po 15, w Pradze 14, w Paryżu 17, w Londynie 28, w Kopenhadze i Chrystyjanii po 10. Z krztuśca umarło: w Londynie 19.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 31 października do 6 listopada umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 32,5; w Brodach 38,1; we Lwowie

37,7; w Drohobyczu 43,9; w Kołomyi 46,5; w Przemyślu 35,3; w Stanisławowie 40,5; w Tarnopolu 32,8; w Czerniowcach 37,4; w Warszawie 31,7; w Poznaniu 29,7; w Wiedniu 24,8; w Salcburgu 19,5; w Gracu 28,9; w Tryjeście 32,6; w Insbruku 18,8; w Pradze 33,7; w Bernie 23,7; w Opawie 28,3; w Berlinie 22,7; we Wrocławiu 26,7; w Gdańsku 25,8; w Dreźnie 20,7; w Hamburgu 33,0; w Kolonii 28,7; w Lipsku 17,1; w Mnichowie 25,6; w Strasburgu 20,9; w Amsterdamie 20,7; w Bazylei 22,1; w Brukseli 25,9; w Budapeszcie 47,3; w Chrystyjanii 17,5; w Genewie 19,5; w Kopenhadze 18,7; w Londynie 16,7; w Odesie 40,5; w Paryżu 22,1; w Petersburgu 23,3; w Pradze 26,9; w Rzymie 20,1; w Stokholmie 17,5; w Wenecyi 22,9; w Zurychu 17,2. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 24 listopada. Otrzymujemy następującą odezwę od Komisyi antropologicznéj Akademii Umiejętności.

Już kilkakrotnie przychodziło Komisyi antropologicznéj w Akademii Umiejętności odwołać się w poszukiwaniach swoich do uprzejméj pomocy szan. lekarzy w kraju. Nigdy téż nie zabrakło między nimi takich, którzy powodowani ważnością zadania Komisyi i miłością nauki, z pomocą tą chętnie pospieszyli. Komisyja przyjmując z wdzięcznością tę ich gotowość służenia sprawie naukowéj, nigdy téż nie omieszkała przy ogłoszeniu odpowiedniéj pracy, złożyć im publicznego uznania.

Jak przy badaniu kraju antropologicznêm bez téj pomocy nigdy obejść się nie mogła, tak i na teraz widzi się zmuszoną odwołać się do niéj w następującém swojém przedsięwzięciu.

Po przeprowadzeniu badań antropometrycznych, a częściowo przynajmniéj dokonanych dotąd oznaczeniach stosunków trwałości życia, zamierza ona zbadać jednę z najważniejszych cech fizyjologicznych życia niewieściego, jakiemi są objawy i skutki ich życia płciowego; mianowicie zaś, kiedy się poczyna i kończy, jakie są jego owoce pod względem płci i liczby potomstwa, odnośnie do narodowości i stosunków społecznych w różnych okolicach kraju.

Ponieważ potrzebnych do tego spostrzeżeń oczekiwać nam należy tak od szan. kolegów lekarzy powiatowych i miejskich, jak i wolno praktykujących, przedewszystkiém zaś od mających powierzoną sobie opiekę w szpitalach, domach przytułku, a po części może i w więzieniach, do ich zatém uprzejmości odwołujemy się w téj mierze, w przekonaniu, że pomocy téj odmówić nam nie zechcą. Poczuwający się do téj uczynności, raczy zawiadomić nas o têm pod adresem Akademii Umiejętności w Krakowie, celem otrzymania bliższéj informacyi.

Przewodniczący w Komisyi. Sekretarz Komisyi.
Dr. Majer. *Prof. Dr. Kopernicki.*

* Kol. Dr. Leopold Glück, lekarz powiatowy w Trawniku w Bośnii, donosi nam, że w mieście têm opróżnioną jest posada lekarza miejskiego z płacą roczną 1000 złot. a., oprócz któréj lekarz liczyć może na dość znaczny dochód z praktyki prywatnéj i sądowéj. Po upływie roku można posadę tę zmienić na korzystniejszą lekarza powiatowego. Bliższych szczegółów udzieli w zakładzie medycyny sądowéj asystent Dr. Schaitter. Nadmienia się tylko jeszcze, że posadę można objąć natychmiast.

* Według rozporządzenia Namiestnictwa dolno-austryjackiego, wydanego do starostw, Ministerstwo spraw wewnętrznych zwróciło uwagę, że przedsięwzięcie narkozy przy operacyjach dentystycznych dozwolone jest tylko lekarzom. Jeżeli narkoza przy lekkich operacyjach uskutecznia się za pomocą tlenku dwuazotu, nie ma obowiązku wezwania drugiego lekarza, lekarz jednak, używający tlenku dwuazotu jest odpowiedzialny za stósowanie i czystość gazu. Wreszcie odpada na przyszłość obowiązkowe mięszanie tego gazu z tlenkiem śród przedsięwzięcia narkozy.

* Otrzymaliśmy list następujący:

Redakcyja czasopisma *Vierteljahresschrift für Dermatologie u. Syphilis* życzyłaby sobie w pomienionêm wydawnictwie pomieszczać sprawozdania ze wszystkich prac specyjalnych w języku polskim wychodzących, i w tym celu do mnie się zwróciła.

Za pośrednictwem więc szan. redakcyi Przeglądu Lekarskiego śmiem upraszać szan. kolegów, których prace z dziedziny chorób wenerycznych i skórnych nie są drukowane w czasopismach lekarskich polskich, aby publikacyje te raczyli nadsyłać pod adresem niżéj podpisanego Z poważaniem

Dr. med. Watraszewski,
lekarz naczelny szpitala św. Łazarza w Warszawie.
ulica Książęca, Nr. 2 [1]).

* Otrzymaliśmy 7 tom wielkiego dzieła amerykańskiego p. t. *Index Catalogue of the library of the Surgeon Generals Office U. S. Army.* Washington, 1886, mieszczący w sobie wyrazy od Insignarès aż do Leghorn. Tom ten posiada te same zalety co poprzednie.

* **Wiedeń.** Prof. Arlt przychodzi zwolna do siebie.

* **Odznaczenia.** Dr. Geistlehner, lekarz policyjny we Lwowie, otrzymał tytuł Radzcy cesarskiego w uznaniu zasług w służbie.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. n. lekarskich otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Teodor Jendl rodem ze Strzyżowa i Tytus Kicki z Tarnopola.

* **Nekrologija.** W Budapeszcie umarł Dr. Wilhelm Zlamal, emeryt. profesor weterynaryi i radzca sekcyjny w ministerstwie handlu.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 47: Kosińskiego: Wycięcie nerki z powodu kamieni nerkowych. Przypadek drugi (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 47: Szadka: Przypadek wypryskowego zapalenia skóry; Heimana: O przedziurawieniu błony bębenkowéj; Wolberga: Tyfus wysypkowy u dzieci. (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

CYBULSKI i MIKULICZ: O fizyjologicznêm zachowaniu się przełyku i mechanizmie połykania u człowieka. (Odbitka z XV. t. Rozpraw Akad. Um.) in 8vo str. 8.

Protokoły zasiedanii obszczestwa kiewskich wraczei za 1884—1885 god. Kiew 1886, in 8vo str. 69.

Dra PACANOWSKIEGO: Przyczynek do określenia opukowego granic żołądka. (Odbitka z „Gazety Lekarskiéj" 1886) in 8vo str. 9.

Dr. St. Szcz. ZALESKI (w Dorpacie): Studien über die Leber I Eisengehalt der Leber. (Odbitka z Zeitschr. f. Physiol. Chemie Hoppe-Seylera) Strasburg 1886, in 8vo str. 50 z tabl.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 1go grudnia o godzinie 6éj popoł. **w sali Medycyny sądowéj** posiedzenie zwyczajne, na którém po załatwieniu spraw administracyjnych 1) kol. prof. Obaliński przedstawi chorych. 2) Kol. doc. Jaworski mówić będzie o związku klinicznym między przypadłościami podmiotowemi, jakotéż badaniem zewnętrznêm żołądka z jednéj strony, a wynikami badania wewnętrznego z drugiéj strony na podstawie 222 przypadków sondowanych w klinice prof. Korczyńskiego. 3) Kol. Dr. Prus poda krótki rys obecnego stanu nauki o przyrodzie i leczeniu cholery.

Sprostowanie. Str. 581, szpalta druga, wiersz 16 z dołu zamiast: nawiedzonych przez *Staphylococcus aureus*, gdyż wydzielina...., winno być: nawiedzionych przez *Staphylococcus aureus*, gdzie wydzielina ... Str. 582, szpalta druga, wiersz pierwszy z góry zamiast: „mi, z których znaleziono pojedyncze kolonije drożdży, prątków i koków...., winno być: „mi. Obok nielicznych gromadek drożdży, znaleziono pojedyncze tylko kolonije prątków i koków.... Str. 582, szpalta druga, wiersz 23 z dołu, zamiast: nie poddając się, winno być: nie poddajemy się.

---

[1]) Powtórzono z powodu mylnie podanego podpisu.

Redaktor odpowiedzialny Prof. Dr. L. Blumenstok.

Ogłoszenie konkursu.

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego do l. 61978/86 rozpisuje się konkurs na jednę posadę asystenta lekarskiego przy krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie z płacą roczną 500 złr.

Posada ta nadaną będzie na lat dwa, a przy zadowalającéj służbie, może być przedłużoną do lat czterech.

Podania wnosić należy na ręce Dyrekcyi szpitala, w których ma być wykazane:

a) Wiek, stan i miejsce urodzenia.

b) Dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.

c) Dowód uzyskanego stopnia doktora wszech nauk lekarskich na jednéj z wszechnic Państwa austryjackiego.

Z Dyrekcyi Szpitala krajowego powszechnego.

Lwów dnia 10 Listopada 1886. *Dr. Głowacki.*

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na miejsce powiatowo-gminnego lekarza w Konjicy (Hercogowina).

Lekarz powiatowo-gminny w Konjicy pobiera rocznie 1200 złr. płacy i 150 złr. dodatku na mieszkanie w ratach miesięcznych z góry.

Komisyje polityczne równie jak czynności sądowolekarskie do jakich powołany zostanie bywają oddzielnie według istniejących przepisów wynagradzane.

Lekarz powiatowo-gminny winien utrzymywać aptekę domową i leki z niéj według ustanowionéj taksy sprzedawać.

Za wizyty lekarskie liczy się w Konjicy: za dzienną 35 kr., za nocną 50 kr., w obwodzie powiatu: 3 złr. dziennie i koszta drogi.

Ubogich w Konjicy winien lekarz leczyć darmo.

Miasto Konjica liczy 1.520 mieszkańców i leży przy drodze z Serajewa do Mostaru w odległości 60 klm. od pierwszego a 80 klm. od drugiego. W obwodzie powiatu buduje się obecnie droga kolei żelaznéj z Mostaru do Serajewa.

Posadę lekarza powiatowo-gminnego otrzyma jedynie Doktor wszech nauk lekarskich.

Podania o tę posadę należy wnosić z załączeniem dyplomu, świadectwa co do moralnego i politycznego zachowania się, oraz zdrowia i innych dowodów najpóźniéj do 10 Grudnia rb. do urzędu powiatowego w Konjicy.

Nie wymaga się świadectwa z egzaminu fizykackiego.

Ubiegający się winni władać językiem niemieckim i jednym z języków sławiańskich.

Urząd powiatowy w Konjicy.

L. 304.

KONKURS.

Wydział Rady powiatowéj w Sokalu rozpisuje niniejszém konkurs na posadę prymaryjusza przy szpitalu powszechnym „Gizelli“ w Sokalu z płacą roczną z funduszu szpitalnego 500 złr.

Podania wnoszone być mają do 15 Grudnia 1886 do Wydziału powiatowego w Sokalu z dołączeniem dyplomu doktora medycyny.

Posada ta będzie nadaną na rok jeden prowizorycznie, a po upływie tego czasu nastąpi stabilizacyja.

W Sokalu dnia 12 Listopada 1886.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.